**Załącznik nr 1**

................................................

(pieczęć wykonawcy)

**Formularz ofertowy**

Ja (My), niżej podpisany(-ni) ....................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :

...............................................................................................................................................................

(pełna nazwa wykonawcy)

...............................................................................................................................................................

(adres siedziby wykonawcy)

NIP: …………………………………………………………………….

Nr konta bankowego: …………………………………………………………………………………………………………………………..

Nr telefonu: ………………………………………………………… Nr faxu: ……………………………………………………………….

e-mail: ………………………………………………………………...

w odpowiedzi na ogłoszenie pn:

**Wycena i raport z wyceny aktuarialnej rezerw na świadczenia pracownicze (krótko   
i długoterminowe) Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego   
w Szczecinie na każdy ostatni dzień roku 2018, 2019 i 2020 w zakresie:**

* **Odprawy emerytalne,**
* **Odprawy rentowe,**
* **Nagrody jubileuszowe.**

**składam(-my) niniejszą ofertę:**

1. Oferuję(-jemy) wykonanie zamówienia zgodnie z opisem i na warunkach określonych w zapytaniu:
2. **Wynagrodzenie brutto za wykonanie wyceny i raportu z wyceny aktuarialnej rezerw na świadczenia pracownicze Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie za lata 2018-2020 wynosi:**

**……………………….…PLN,** w tym podatek VAT …………(w %),

wynagrodzenie netto wykonawcy wynosi ………………………… zł

słownie: całkowite wynagrodzenie brutto:……………………………………………………………

słownie: całkowite wynagrodzenie netto: ……………………………………………………………

powyższe wynagrodzenie brutto w podziale na poszczególne okresy:

1. Wynagrodzenie brutto za 2018 r. …………………………….. zł
2. Wynagrodzenie brutto za 2019 r. …………………………….. zł
3. Wynagrodzenie brutto za 2020 r. …………………………….. zł
4. **liczba zakładów opieki zdrowotnej dla których przeprowadzono wycenę rezerw pracowniczych w okresie ostatnich 2 lat - …………………………..**
5. Oświadczam(-my), że jestem(-śmy) związany(-ni) niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z warunkami zawartymi w zapytaniu i akceptuję(-emy) je w całości.
7. Oświadczam(-my), że oferta nie zawiera/zawiera (*właściwe podkreślić*) informacji(-e) stanowiących(-e) tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

.........................................................................................................................................................

**Osobą upoważnioną do podpisania umowy jest:** ……………………………………………………………………….

(imię nazwisko – stanowisko)

**Osobą odpowiedzialną za realizację umowy i upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym ze strony Wykonawcy jest: …………………………………..…………** tel. kont. ………………………..............( imię nazwisko – stanowisko)

Ofertę składam(-my) na ................................ kolejno ponumerowanych stronach.

Na ofertę składają się :

1. ...................................
2. ...................................
3. ...................................

***Oświadczam(-my), że jestem(-śmy) świadomy(-mi) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

....................................……..…… ………..………………………………………………..……………………………

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie,

uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

oświadczeń woli w jego imieniu